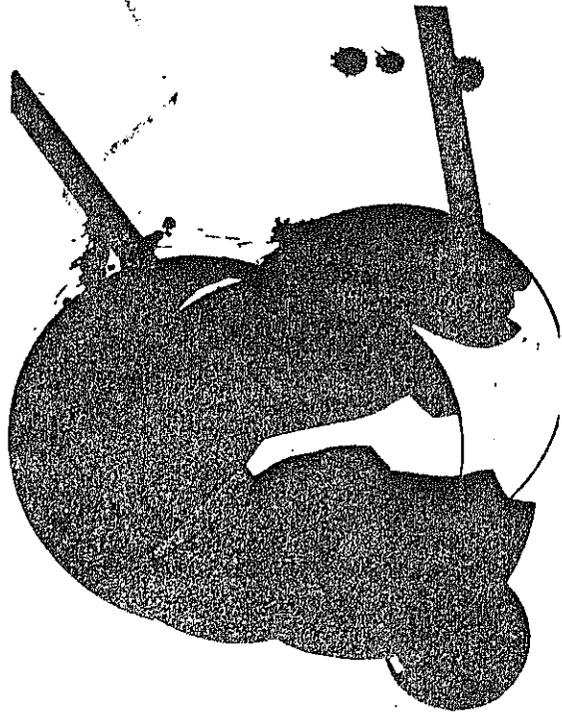


«Muy posiblemente los varones comprendidos entre los cuarenta y cinco y los treinta años somos la última generación de síndrome patriarcal dentro de la sobreurbanizada sociedad industrial avanzada. Ello viene determinado por la crisis radical de las estructuras familiares tradicionales, explotando como cronificada ruptura generacional y autoafirmación política de la mitad femenina.»

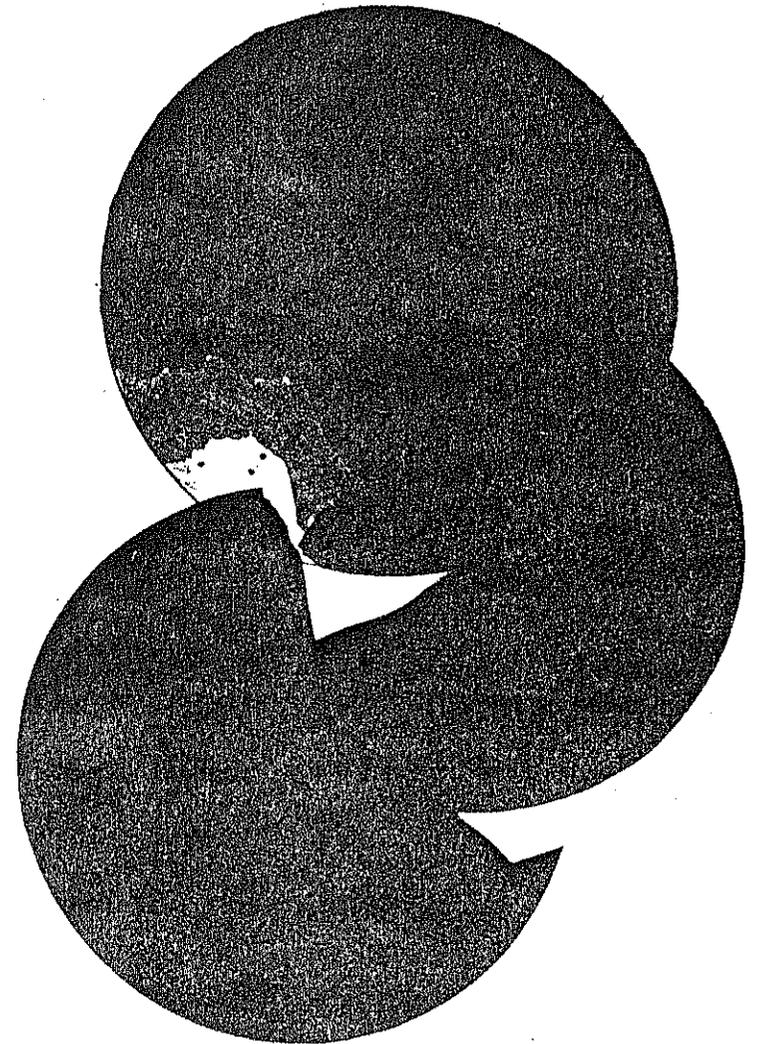
Ninguna otra frase como ésta, entresacada del prólogo de Carlos Moya, hubiera reflejado mejor la motivación que llevó a Rosa Conde a preparar y presentar esta obra conjunta que, desde distintas perspectivas teóricas y metodológicas, pretende enfocar la problemática del cambio familiar en España.



CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS  
Colección «MONOGRAFÍAS»

# FAMILIA Y CAMBIO SOCIAL EN ESPAÑA

ROSA CONDE (COMP.)



CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS

Rosa Conde (Comp.)  
FAMILIA Y CAMBIO SOCIAL EN ESPAÑA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS

Diseño de la portada por Publinsa

© CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS

ISBN: 84-7476-067-4

Depósito legal: M-39.138-1982

Impreso en España por:

Rumagraf, S. A. - Nicolás Morales, 34  
Madrid-19

## INDICE

*Págs.*

Prólogo, por CARLOS MOYA .....	7
Introducción .....	13

### PRIMERA PARTE

#### EL TRASFONDO DEMOGRAFICO

La intensa caída reciente de la fecundidad y la nupcialidad en España, por ISABEL AGÜERO y ALBERTO OLANO REY .....	31
Aspectos demográficos de la sociología de la familia: La edad al matrimonio, por BENITO CACHINERO SÁNCHEZ.	63

### SEGUNDA PARTE

#### FAMILIA Y SOCIEDAD

Familia y territorio en el País Vasco: De la sociedad tradicional a la sociedad industrial, por J. ARPAL POBLADOR .....	91
Desarrollo económico y cambio familiar: El impacto del nuevo rol femenino sobre la estructura de la familia, por ROSA CONDE .....	135
La familia, refugio o prótesis del varón, por JOSEP-VICENT MARQUÉS .....	167
La institución matrimonial: Su lugar en la constelación familiar. Aspectos jurídicos y sociales del divorcio, por CRISTINA ALBERDI e INÉS ALBERDI .....	177

## **INTRODUCCION**

Este trabajo pretende dos objetivos: el primero es aportar algunas reflexiones sobre la reproducción, considerándola como un sistema social que forma parte de otros sistemas sociales más complejos. Aunque la delimitación de los contornos de un sistema social entraña siempre un grado inevitable de artificialidad, la comprensión del fenómeno de la reproducción mejora al incorporar esta perspectiva sistémica.

El segundo objetivo es demostrar la constancia de la desigualdad en todos los procesos relacionados con la reproducción, recogiendo algunos datos ya publicados y otros inéditos sobre los efectos de la desigualdad en los comienzos de la vida en España.

### **I. EL SISTEMA REPRODUCTIVO COMO SUBSISTEMA DEL SISTEMA SOCIAL**

La continuidad de cada sistema social y en concreto de la sociedad española, depende de su capacidad para reproducirse físicamente mediante el subsistema reproductivo. A través de este sistema se produce un intercambio constante de presiones entre el sistema social global y las personas directamente encargadas de la misión reproductora, esto es, las parejas en edad de procrear.

La presión y el intercambio tiene lugar a través de otros cuatro subsistemas. En primer lugar el subsistema productivo o económico, que asocia la procreación con las condiciones materiales de subsistencia. Aunque el proceso económico por el que se regula la natalidad sea poco conocido, sin duda influye a través de la compleja relación entre el nivel general de salarios o de rentas, el coste de los bienes básicos, la capacidad

expansiva del sistema económico en su conjunto y las proyecciones de recuperación de la inversión en población (a nivel familiar y a nivel colectivo) a corto, medio y largo plazo.

Está por hacer en España la estimación del coste de los bienes y servicios requeridos por cada alumbramiento, así como los requeridos para la atención a la población infantil y adolescente. No obstante, la ausencia de estimaciones públicas no significa su desconocimiento y de modo más o menos preciso y expreso estos factores económicos influyen en la toma de decisiones a nivel familiar, empresarial y de política nacional.

Un segundo mecanismo de regulación es el axiológico (valorativo o moral). Cada sociedad genera unos valores en torno a la procreación (cuánto, cómo) que se manifiestan en forma de juicios morales y estéticos. El arte y la moral de cada época y de cada grupo recogen la variación de estos códigos axiológicos. La valoración de la vida o de las circunstancias que rodean la procreación sufre enormes variaciones: puede considerarse como un premio, como un castigo, como una obligación o como un instrumento de placer y de dominación.

En tercer lugar, el sistema normativo (político-legal). La sociedad tiene, por definición, la capacidad del uso legítimo de la fuerza, puesto que se constituye como representante del bien común. Dejando al margen el importante problema de si esta representación del bien común es cierta, no cabe duda de que pueden imponer cierto grado de obediencia a sus componentes mediante la declaración de algunas conductas como obligatorias o prohibidas. La aplicación de las correspondientes sanciones pueden ir desde la oferta de ayudas especiales o protección hasta la privación de libertad o la muerte. Por lo que hace a la desigualdad social, la Constitución española vigente dice, en el artículo 14, que «los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de su nacimiento». Sin embargo, en la propia Constitución se percibe la tensión entre el plano de lo real y el plano de lo programático, aunque los sutiles cambios en el estilo del lenguaje dejan a veces en la vaguedad las intenciones del legislador. Así, las afirmaciones sobre la igualdad *ante la ley* contenidas en el artículo 14 no dejan lugar a dudas, puesto que no introducen en él ni condiciones ni excepciones. ¿Qué alcance tiene la frase «los

españoles son iguales ante la ley», cuando anteriormente la misma Constitución reconoce que existen desigualdades sociales? ¿Cómo es posible la igualdad *ante la ley desde* la desigualdad en la vida real?

Por fin, el sistema cognoscitivo (ideas, creencias, instrumentos en torno a la procreación). Cada sociedad crea los conocimientos coherentes con sus intereses dominantes y olvida o no llega a interesarse por los conocimientos que podrían amenazar la persistencia de la relación de fuerzas previa. Estos conocimientos no son sólo de tipo científico, sino mitopoéticos, estéticos, religiosos, de doctrina social y filosóficos. De todos modos, más importante que el conocimiento objetivado en forma de cuerpo sistemático es el conocimiento realmente compartido por la población en materia de reproducción. Ningún área de la vida humana es tan poco conocida, tan propicia al falseamiento, a la ocultación y al error como esta materia, sometida al tabú de las prohibiciones morales por una tradición secular. Todavía durante los años sesenta, a pesar de haber incluido la anatomía del sistema reproductor humano como materia de enseñanza en los cursos de biología del Bachillerato superior, en muchos centros de enseñanza estos capítulos se pasaban por alto o llegaban a venderse grapados o cortados los libros de texto para evitar la difusión de su conocimiento. En la actualidad, el conocimiento objetivado en materia de reproducción sigue estando vedado a la gran mayoría de las mujeres españolas, que tienen que acceder a él a través de su propia experiencia personal o del consejo de otras mujeres de su círculo familiar o amistoso.

En relación con la desigualdad, las ideas y las creencias orientan la producción de nuevos conocimientos (qué se observa, cómo se observa, qué se recuerda de lo observado, cómo y entre quiénes se difunde), proporcionan explicaciones causales y teleológicas, eligen entre las causas exógenas y endógenas, las perdurables y las modificables.

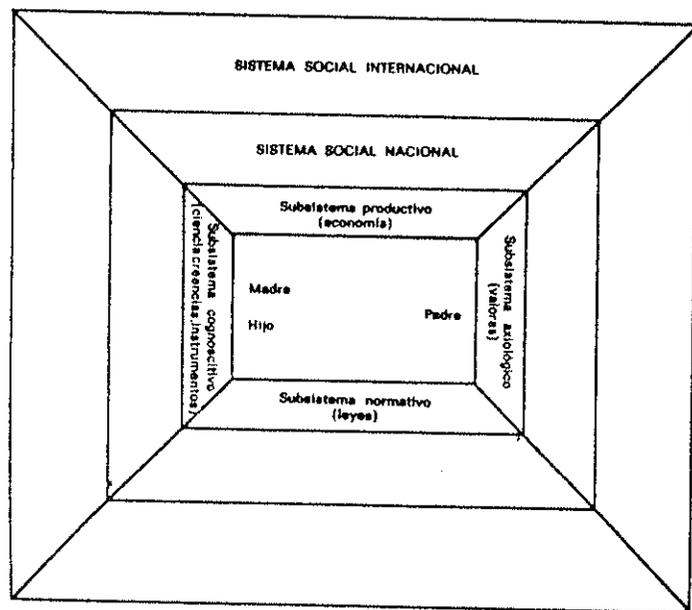
La presión social afecta a las instituciones académicas y de investigación, en sus planes de trabajo y en la ayuda y receptibilidad a sus investigaciones o propuestas. Pero no afecta sólo a la actividad investigadora de alto nivel, sino a toda la producción de ideas y al modo en que éstas se difunden u olvidan. También afecta a los conocimientos de tipo práctico y

organizativo que podrían ser divulgados y aprendidos rápidamente por la mayoría de la población.

## II. LA INTEGRACION DE LOS SUBSISTEMAS: CAMBIO Y CONFLICTO

Entre el sistema económico, el valorativo, el político-legal y el cognoscitivo hay relaciones de interdependencia. Por ejemplo, los cambios en la estructura económica se reflejan, aunque retrasadamente, en el cambio de la legislación sobre la herencia de los hijos ilegítimos, igual que se reflejan en la regulación y práctica de la dote o las capitulaciones matrimoniales. Los cambios en el conocimiento en materia de higiene y medicina en el siglo XVIII en Europa motivaron un cambio en la función económica de la reproducción y en su consideración valorativa y legal, del mismo modo que el cambio brusco en los valores dominantes en la década de los cuarenta en España alteró la orientación de las investigaciones y de las publicaciones en materia de natalidad en esta época.

*El sistema reproductivo como subsistema del sistema social*



El análisis de estos sistemas o subsistemas sería relativamente fácil si la sociedad o sistema social global fuese un todo muy homogéneo, con un único núcleo de poder y muy escasa variación en el tiempo y en el espacio. La realidad, en la sociedad española, es muy diferente. Aunque analíticamente sea útil la consideración de toda la sociedad como un sistema social único y autónomo, de hecho forma parte de otros sistemas, y tanto la economía como la ley, los valores o los conocimientos son influidos por los sistemas dominantes en otros países. Por ejemplo, las circunstancias políticas y económicas que potenciaron la emigración masiva de varones a Hispanoamérica en los comienzos del siglo XX afectó a los valores relativos a la procreación (cuánto, cómo) en las regiones cuya estructura demográfica resultó alterada y, más recientemente, se registraron cambios parecidos entre los emigrantes a las zonas industrializadas de Europa en la década de los sesenta. Del mismo modo, la alianza o influencia política se traduce en modificaciones o cambios de orientación en la legislación (vid., por ejemplo, la influencia del Código Napoleónico sobre la legislación española en materia de familia, o la actual influencia de la legislación de los países del Mercado Común sobre los cambios legislativos en curso en España).

Dentro de la sociedad española tampoco puede hablarse de un monolitismo absoluto, ni siquiera de una homogeneidad acentuada. En primer lugar, porque es una sociedad sometida a un rápido ritmo de cambio, no siempre unidireccional. Desde 1931 hasta la actualidad se han producido cambios notables, de los que los cambios legales son sólo una modesta expresión: incluso en el subsistema legal los cambios más profundos no se han producido en los textos de la ley, sino en su desuso, su interpretación o su desobediencia. Por ejemplo, frente a una protección legal manifiesta a las familias numerosas, el desarrollo de las leyes en reglamentos y disposiciones transitorias redujo en muchos casos las declaraciones contenidas en los textos de mayor rango a simples palabras. Del mismo modo, mientras el Fiscal General incluía, en 1975, en su informe sobre la criminalidad la existencia de 800.000 mujeres usuarias de anticonceptivos, no se conocía un solo proceso legal por este motivo. Además del cambio global, las diferencias se producen, en

cualquier momento del tiempo, entre las distintas regiones, las distintas clases sociales y los distintos grupos de edad. Por ejemplo, la proporción de natalidad ilegítima, esto es, fuera de matrimonio, ha sido casi diez veces mayor en unas provincias que en otras, evidenciando una realidad económica y valorativa diferenciada. Dentro de un grupo tan homogéneo por edad, clase social y nivel de estudios como el de las estudiantes universitarias, una encuesta de 1966 evidenciaba actitudes generalizadamente favorables al uso de anticonceptivos en Barcelona, mientras que en Madrid se equilibraban los porcentajes de partidarios y adversos, y en Granada resultaban claramente mayoritarias las actividades desfavorables.

### III. LA DIMENSION INDIVIDUAL EN EL SUBSISTEMA REPRODUCTIVO: INICIATIVA, AJUSTE Y CAMBIO

Las decisiones de cada familia o de cada mujer en torno a su descendencia no son sólo respuestas individuales ante situaciones privadas. Al contrario, son muchas y muy poderosas las mediaciones sociales que pesan sobre la decisión final de tener un hijo y la desigualdad social se manifiesta de modo claro en estas mediaciones, aunque con frecuencia no sea reconocida.

Tampoco las respuestas son automáticas. Al nivel personal, igual que al nivel social, se produce una integración entre los deseos, los conocimientos y los recursos. Ninguno de estos elementos es por completo ajeno a los demás, ya que las actitudes favorables al control de la descendencia impulsan tanto la adquisición del conocimiento como de los medios necesarios para ponerlo en práctica. A la inversa, la disponibilidad de los recursos afecta a las actitudes ante la descendencia tanto en lo que se refiere al número total de hijos deseados como al espaciamiento con que se desea gestarlos y al sistema empleado para prevenir su llegada o para garantizarla.

En la relación entre la sociedad y los individuos no es sólo la sociedad la que ejerce presión. También los individuos, las mujeres en este caso principalmente, tienen cierta capacidad de reaccionar. Además de la obediencia y la identificación, de la aceptación de los papeles asignados, de las ideas y de los valo-

res dominantes, las mujeres adoptan otras posiciones. El desinterés, el desentendimiento, la segmentación, la creación de mundos propios son elementos de una respuesta negativa en su expresión más suave e interiorizada. Con mayor intensidad se manifiestan quienes rechazan manifiestamente los papeles o las ideas, quienes desobedecen a la costumbre o a la ley y quienes afirman públicamente nuevos valores. A través de los medios de comunicación y de las organizaciones, las actitudes pueden convertirse en actitudes colectivas, en auténticos grupos de presión para cambiar la realidad social.

El análisis de las actitudes o conducta de una persona o de una familia, entendiéndola como un sistema, presenta los mismos problemas que la aplicación de esta perspectiva a la sociedad. Cada unidad familiar tiene sus propios subsistemas normativos (a veces escritos, registrados notarialmente), valorativos, económicos y cognoscitivos: la procreación se interpreta unas veces como un azar, otras como un destino o una decisión de la Providencia, y en otras ocasiones como una elección personal. Dentro de la familia no hay que presuponer la identidad valorativa, cognoscitiva, productiva o normativa de los dos progenitores. La abundante literatura sobre simulación, abusos, incapacidad y violencia en relación con el matrimonio o la procreación en Derecho canónico, así como la también prolija jurisprudencia en el mismo tema son una palpable demostración de que la unidad de deseos e intereses entre los progenitores es un supuesto frecuentemente incumplido. En ciertos casos, además, el padre biológico puede estar ausente del sistema familiar (en los casos de viudez, de alejamiento físico o emocional, de violación, etc.), y en otros puede darse una relación de oposición valorativa o de desigualdad cognoscitiva.

El mismo problema de variación en el sistema, que en las sociedades se manifiesta a lo largo de su historia, en las unidades familiares puede producirse en cuestión de horas o de meses, por el cambio en las circunstancias generales de la vida de la pareja o de la persona, o por el cambio en las circunstancias específicas del embarazo. De hecho, apenas tiene sentido referirse a las actitudes ante la procreación si no se especifican las condiciones bajo las cuales tiene lugar esta procreación. Generalmente son las mujeres las que adoptan unas posiciones

más activas y unos sentimientos más intensos (aunque esta intensidad no se refleje claramente en los estudios de observación extensiva convencionales), respecto al embarazo deseado o que se desea prevenir, puesto que es a ellas a quienes afecta más directamente (en sentido físico, psicológico, de condiciones de vida y legal) la llegada de un hijo. Una misma pareja o una misma mujer pueden albergar actitudes extraordinariamente favorables a la llegada de un hijo bajo ciertas condiciones y negarse absoluta y violentamente a una potencial concepción bajo otras condiciones diferentes. Como casos del mayor dramatismo podremos recordar los cambios de actitudes registrados en algunas mujeres cuyos embarazos fueron aceptados y conscientemente buscados en su inicio y que luego, debido al conocimiento de malformaciones en el feto o al peligro que que suponía para la salud de la embarazada, fueron rechazados, o, a la inversa, los casos en que la concepción se realizó contra la voluntad de la madre y que paulatinamente llegó a ser aceptada por ésta.

Entre las actitudes máximamente favorables a la llegada de un hijo y las más opuestas caben infinidad de posiciones intermedias, condicionalmente positivas o negativas, que son las más frecuentes en la vida cotidiana. La actitud favorable a un embarazo potencial depende de múltiples factores: la relación de la madre con el padre, la existencia de hijos anteriores, la edad y salud de éstos, la situación económica familiar, la salud de la madre, sus creencias religiosas, etc. Por ejemplo, la mayoría de las mujeres españolas casadas quieren tener hijos, pero son muy pocas las que desean tenerlos aun fuera del matrimonio. La mayoría de las mujeres casadas desean tener dos o tres hijos actualmente, pero son pocas las que desean tener ocho o diez.

Entre el padre y la madre pueden producirse, y de hecho se producen con frecuencia, diferencias importantes respecto a la intensidad del deseo de descendencia, respecto al conocimiento de técnicas de control y respecto a la aceptación de su uso. Las diferencias se resuelven, como en cualquier otro grupo humano, por medio de una interacción en la que el poder, la inteligencia y la remisión a objetivos o valores comunes tienen un papel importante.

Asimismo desempeñan un papel relevante las presiones (prácticas o potenciales) de los subsistemas o grupos en los que la pareja está inserta: estos grupos aportan su propio código axiológico, sus recursos materiales, sociales y afectivos.

#### IV. LA CAPACIDAD POTENCIAL DEL SISTEMA REPRODUCTIVO Y LAS TASAS REALES DE REPRODUCCION

Para el conjunto de la sociedad española, las edades medias de comienzo y fin del período potencialmente fértil de las mujeres son de 13 a 46 años, respectivamente, tendiendo a hacerse más extensivo este período por anticipación paulatina de la menarquía y retraso de la menopausia. El número medio de hijos de estas mismas mujeres es 2,5. Por tanto, si las mujeres españolas desearan con la máxima intensidad posible el mayor número posible de hijos y no hubiese obstáculo de ningún tipo, ni médicos, ni económicos, a su decisión, la cifra media de hijos por mujer podría ser casi diez veces mayor que en la actualidad. ¿A qué se debe esta disparidad entre la capacidad reproductora potencial y la actividad reproductora real? ¿En qué medida se debe a los deseos, a los conocimientos y a los recursos disponibles?

Sin duda, los conocimientos de los que dispone la población en general y los expertos en particular no son suficientes para garantizar la fertilidad a todas las mujeres, ni menos aún para garantizarles que su salud no resultaría afectada por la situación permanente de gravidez.

No obstante, prescindiendo del 10 por 100 de parejas que no tienen hijos aun deseándolos, no hay duda que si la tasa real de procreación es diez veces inferior a la posible no se debe a la insuficiencia de conocimiento de los técnicos o de la población, sino a que, evidentemente, la población no desea tener 25 hijos por familia o mujer.

Tanto a nivel mundial como dentro de las regiones españolas, los pobres tienen más hijos que los ricos, los subdesarrollados que los desarrollados y los analfabetos que los cultos. Pero estos hechos innegables no nos permiten caer en la explica-

ción simplificada de que estos grupos desean tener más hijos que los restantes porque ello es inherente a la pobreza. Podría interpretarse como una división mundial del trabajo, en la que a los pobres (a escala mundial, regional o local) les corresponde y asumen voluntariamente las tareas de reproducir ampliamente su propia población y producir además la población que los restantes grupos necesitan para reforzar los flancos desguarnecidos de su propia población. No nos permitimos caer en esta simplificación porque, aquí y allá, aparecen excepciones significativas que invaliden las explicaciones demasiado apresuradas: por ejemplo, en algunos períodos, las mujeres más cultas y de nivel socioeconómico más alto obtenían en España tasas de reproducción superiores a las obreras y a las campesinas. En este caso, la explicación complementaria recurría a dos variables intermedias: el número de años de escolarización y el carácter religioso de los centros de enseñanza de las clases más acomodadas. Al mismo tiempo se constataba que las mujeres que se autopercebían como móviles descendentes tendían a reducir su tasa de procreación por debajo de las características de su grupo ocupacional: en este caso, la explicación recurría a un sentimiento simultáneo de rechazo y a la mayor disciplina y racionalidad en el control para evitar la natalidad indeseada que empujaría aún más el descenso.

Si se aceptase esta explicación, resultaría que la pobreza funciona como acrecentadora de la natalidad, pero la pobreza relativa funciona en sentido inverso: o sea, que la misma variable tiene efectos opuestos según el modo de percibirla del sujeto. Pero en una sociedad tan móvil como ha sido la sociedad española en los últimos veinte años: ¿Cómo explicar que no se adopten como grupos de referencia o de emulación otros grupos distantes socioeconómicamente?

Tampoco podemos concluir que los grupos que tienen más hijos deseen realmente tenerlos, ya que la explicación de esta diferencia puede trasladarse al diferente acceso a los conocimientos y a los instrumentos de control. La expresión de un deseo (¿expresión ante quién, con qué objetivos?) no se corresponde necesariamente con el sentimiento de ese deseo. Ni siquiera el deseo efectivamente sentido está libre de la presión social, y si ésta es muy fuerte puede borrar o hacer nacer

deseos y actitudes diferentes de los que antes sostenía el sujeto. De hecho, en España se produce una relación inversa entre nivel socioeconómico y actitudes favorables a la planificación familiar, tal como puede verse en los resultados de la encuesta sobre «Actitudes ante el divorcio y utilización de anticonceptivos», de la que reproducimos los dos cuadros adjuntos.

*Actitudes ante la procreación, según nivel de ingresos*

<i>Nivel de ingresos</i>	<i>Tener los que vengan</i>	<i>Decidir número y cuándo</i>	<i>NS/NC</i>
Más de 66.000 pesetas ... ..	12	88	—
De 45.000 a 65.000 pesetas ... ..	6	90	4
De 36.000 a 45.000 pesetas ... ..	15	84	1
De 19.000 a 35.000 pesetas ... ..	21	74	5
Hasta 18.000 pesetas ... ..	39	51	10
No contesta ... ..	29	62	10

FUENTE: Sobre datos facilitados por el «Informe-avance sobre las actitudes ante el divorcio y utilización de anticonceptivos», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 1, enero-marzo 1978, página 381.

*Actitudes ante el papel del Estado en la planificación familiar, según nivel de ingresos*

<i>Nivel de ingresos</i>	<i>No debe dar ningún tipo de información</i>	<i>Debe dar información amplia y comprensible</i>	<i>Debe dar facilidades y poner los medios adecuados</i>	<i>Debe limitar la natalidad a partir de un núm. de hijos</i>	<i>No sabe, no contesta</i>
Más de 66.000 pesetas ... ..	15	19	58	—	8
De 46.000 a 65.000 pesetas ... ..	6	24	63	3	4
De 36.000 a 45.000 pesetas ... ..	9	25	58	3	6
De 19.000 a 35.000 pesetas ... ..	10	33	38	4	14
Hasta 18.000 pesetas ... ..	18	27	25	3	28
No contesta ... ..	12	22	39	4	23

FUENTE: Sobre datos facilitados por el «Informe-avance sobre las actitudes ante el divorcio y utilización de anticonceptivos», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 1, enero-marzo 1978, página 396.

## V. LA DESIGUALDAD ANTE LA CONCEPCION

Cuando las actitudes de la madre respecto a su potencial gestación, en sus circunstancias específicas, son muy intensas, pone en juego para defenderlas todos sus recursos: su conocimiento, sus afectos, su inteligencia, sus amistades, su dinero, su autoestima, su salud e incluso la vida de las personas que se interponen en su decisión.

Esta puesta en juego tiene lugar tanto para tener un hijo como para no tenerlo y son innumerables las mujeres que han muerto por tener un hijo, como son también innumerables las que han muerto o han matado para no tenerlo.

En la movilización de recursos ante la concepción, el efecto de la desigualdad social es patente: manteniendo idénticas las restantes condiciones, la mujer de clase alta posee mayores conocimientos genéricos sobre biología y sobre higiene y domina mejor los instrumentos que requieren mediciones o cálculos aritméticos (temperatura basal, ogino, etc.). Como puede verse en el cuadro adjunto, el conocimiento de técnicas anticonceptivas varía sensiblemente en función del nivel de ingresos y es

*Conocimiento de técnicas anticonceptivas,  
según nivel de ingresos*

<i>Nivel de ingresos</i>	<i>Anovulatorios</i>	<i>Preservativo</i>	<i>Ogino</i>	<i>Lavado vaginal</i>	<i>"Coitus interruptus"</i>	<i>Diaphragma, espiral, etc.</i>	<i>No sabe, no contesta</i>
Más de 66.000 ptas. ....	100	85	73	77	88	65	—
De 46.000 a 65.000 ptas. ...	91	84	72	66	81	46	6
De 36.000 a 45.000 ptas. ...	89	79	64	53	69	38	5
De 19.000 a 35.000 ptas. ...	79	71	53	38	55	31	7
Hasta 18.000 ptas. ....	56	46	26	16	32	10	12
No contesta ... ..	68	56	46	34	47	23	12

FUENTE: Sobre datos facilitados por el «Informe-avance sobre las actitudes ante el divorcio y utilización de anticonceptivos», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 1, enero-marzo 1978, página 399.

ante las técnicas de control más sofisticadas y más fiables donde las diferencias son mayores.

También sus amistades tienen en conjunto un nivel educativo más alto y es más fácil que haya entre ellos técnicos que puedan prestarle su ayuda, sea en el plano médico, farmacológico o legal.

Un problema diferente, aunque asimismo relacionado con la desigualdad, es el del contenido y desarrollo de los conocimientos sobre procreación. ¿Podría suponerse que en una sociedad igualitaria, no discriminatoria para la mujer, el conocimiento sobre la reproducción habría seguido los mismos rumbos y la misma calidad? No es un futuro lo que planteamos, ya que existen evidencias abrumadoras de que el desconocimiento y los burdos errores sobre la mujer en el aparentemente neutral campo de la biología (Aristóteles, etc.) han tenido como sustrato una toma colectiva de posición hacia el papel de la mujer, considerada como ente secundario y subordinado. Hay también evidencia de que en la actualidad, el conocimiento sobre esterilidad y procreación no progresa en muchos campos con la rapidez que podría hacerlo si se potenciara de modo similar a otros campos o si no existiese la resistencia de los varones a someterse a estudio o a asumir personalmente las molestias o riesgos del control de su capacidad procreadora (píldora de varones, vasectomía, análisis de esterilidad, etc.).

La influencia de este mismo círculo de parientes o amigos hace muy diferentes las probabilidades de obtener ayuda eficaz en el caso de situaciones socialmente delicadas y un buen ejemplo de esta desigualdad podría ser la dificultad en el acceso a la adopción para las familias de recursos económicos escasos, o la desigualdad de tratamiento real en los casos de anulación matrimonial que con cierta frecuencia condicionan las actitudes ante la procreación de las parejas cuyo matrimonio anterior no está legalmente disuelto.

Junto a las diferencias en educación y en influencia social se manifiestan las diferencias de poder económico. El dinero permite el acceso a quienes poseen los conocimientos, tanto en condición de profesores como en condición de técnicos. El tratamiento contra la esterilidad, por ejemplo, es costoso y son escasos los centros que lo prestan gratuitamente. La simple asis-

tencia supone pérdida de horas de trabajo y gastos de desplazamientos cuya importancia económica es inversa en términos proporcionales a la cuantía de los ingresos de la mujer o del hombre que recibe el tratamiento. En los casos en que la asistencia médica no es gratuita, el coste total de tratamiento llega a ser varias veces mayor que el salario de una trabajadora manual durante todo el año. Sin embargo, cuando la limitación económica no existe, el tratamiento puede buscarse en cualquier lugar del país o del mundo, puede abandonarse el servicio ofrecido por el seguro si se considera que hay otro mejor, sea cual sea su precio, y no es tampoco condición disuasoria que la embarazada o la que aspira a serlo tenga que prescindir de cualquier otra actividad durante el período que dure el tratamiento.

El problema es similar en los casos de prevención de natalidad.

Durante la época en que legalmente estaban prohibidos los medios anticonceptivos, las mujeres de la clase media no tuvieron dificultad en acceder a la píldora y a otros medios de control, porque si no se facilitaban de modo gratuito ni a través de los seguros médicos, era muy frecuente su prescripción bajo apariencia terapéutica en los consultorios privados. El riesgo para la salud inherente a su uso también era inversamente proporcional al nivel económico de la usuaria, ya que, aunque el coste de los fármacos fuese por sí mismo poco elevado, los reconocimientos previos o periódicos y su cohorte de gastos complementarios y pérdida de horas de trabajo afectaba de modo muy diferente a unas y otras.

Esta misma diferencia se aprecia actualmente en el acceso a los dispositivos intrauterinos y las intervenciones quirúrgicas, ya que a igualdad de los demás elementos psicológicos y morales, permite el acceso selectivo de los miembros de estos grupos a los centros de tecnología avanzada y a los lugares donde, por diferencia con la legislación española, su conducta no entraña sanciones legales. Su utilización se inició en los grupos de mayor capacidad económica, y a medida que empiezan a generalizarse en España, su uso se extiende a sectores de la clase media que no hubieran podido sufragarlos cuando para ello se precisaba la hospitalización en un país extranjero y la depen-

dencia médica, para su conservación, de estos mismos centros o profesionales extranjeros.

## VI. LA DESIGUALDAD SOCIAL ANTE LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO

La oposición absoluta de la mujer ante su propia gestación se resuelve en la interrupción deliberada del proceso. El número de embarazos premeditadamente interrumpidos cada año en España se estima, según distintas fuentes, entre 70.000 y 400.000\*.

Es casi imposible conocer con exactitud esta cifra, dada la situación de ilegalidad del aborto, pero la cifra de 300.000 abortos anuales, que es la más utilizada, nunca se ha razonado o documentado suficientemente. Por comparación con la cifra de nacimientos anuales (650.000) y la cifra estimada de mujeres que usaban anovulatorios en 1981 (1.200.000), la estimación de 300.000 abortos anuales parece excesivamente alta. No obstante, solamente en Inglaterra y País de Gales (que junto con Francia y Holanda son los países a los que se dirigen las abortantes españolas), la Oficina de Censos de Población tenía constancia de que en 1976 habían abortado allí más de 6.000 mujeres españolas.

Aunque la imagen del aborto más divulgada por los medios de comunicación y la que contempla el legislador es la de la interrupción voluntaria, activa, eficaz y con colaboración de otras personas de un embarazo avanzado, en el nivel de las actitudes y conducta personal la gama es mucho más amplia. Incluye desde el rezo ferviente para que el embarazo se interrumpa por sí mismo, hasta la liberada falta de precauciones (movimientos bruscos, cansancio, etc.) por parte de la madre, o el uso de técnicas ineficaces (amuletos, remedios caseros, etc.).

Sería esclarecedor que en el tema del aborto se separasen dos cuestiones que habitualmente se presentan unidas: la primera es la del deseo de interrupción del embarazo. La segunda, la de los medios puestos para conseguirlo. En algunas circuns-

\* HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Gerardo, «Actitudes y criterios sobre el aborto y la planificación familiar», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n.º 1, enero 1978, pág. 210.

tancias límite (en los casos de violación, abuso, engaño, conocimiento de malformaciones en el feto o grave peligro de la salud de la madre), y especialmente en las primeras semanas de gestación, la inmensa mayoría de las mujeres embarazadas desean que el embarazo se interrumpa y su deseo es compartido por el resto de sus familiares y amigos.

Las diferencias aparecen en el terreno de los medios, no en el de los deseos. Debido al desigual peso de las creencias religiosas, los valores morales, la accesibilidad a otros recursos y la evaluación del riesgo de las alternativas, las diferencias son muy grandes en este terreno aun basándose en deseos comunes. La intencionalidad de la familia que, tras tener conocimiento de la ingestión de talidomida por la madre gestante o de la violación de su hija menor, ofrece sacrificios importantes a Dios en su petición de una intervención misericordiosa, delega en Dios la toma definitiva de la decisión que suplica, mientras que la familia que en las mismas condiciones acude a una clínica abortista toma la decisión por sí misma, a veces tras haber esperado inútilmente durante algún tiempo la intervención divina suplicada.

En cualquier caso, el problema de la estimación del número de embarazos interrumpidos no afecta al de la relación con la desigualdad social. Ya hemos señalado el diferente acceso a los medios de planificación familiar en función de la posición social y económica: en cuanto a la interrupción del embarazo, a igualdad en las demás condiciones (motivación, salud, firmeza del propósito de interrupción, etc...) es la posición social y económica la que determina el grado de riesgo asumido por la abortante.

A mayor nivel social, mayor es la facilidad para los reconocimientos médicos y análisis tempranos, tanto respecto al hecho mismo de la gestación (test de embarazo) como de la salud de la madre o del feto, así como para la privatización de estos reconocimientos. Mayor es también la posibilidad de asistencia médica cualificada y de elusión de las consecuencias legales de la acción. Tanto si se trata de una interrupción deseada desde el inicio de la gestación como si el deseo de interrumpirla se produce debido a alguna circunstancia posterior, la gestante

tendrá que hacer uso de su capacidad de relación social, de su capacidad de relación simbólica y de su capacidad económica.

Las dificultades de acceso a la información, al mantenimiento de correspondencia y a los desplazamientos son muy grandes para la mujer campesina y obrera cuyo nivel de estudios apenas permite otra comunicación que la oral. Para la mujer de clase media y alta que conoce otro idioma al menos rudimentariamente y que puede moverse con facilidad en el lenguaje escrito, el acceso a los centros extranjeros de planificación familiar o a las clínicas en que se practica el aborto es relativamente fácil. Asimismo, el pago de los gastos originados por los reconocimientos, las ausencias al trabajo doméstico o asalariado, el desplazamiento y los internamientos en clínica (que en los casos más simples se estima en unas 60.000 pesetas) están prácticamente vedados a la mujer campesina u obrera, sean cuales sean las motivaciones de su decisión y los riesgos que entraña para ella la continuación del embarazo. Estos mismos gastos están, sin embargo, al alcance de la mujer de clase media o alta.

De hecho, es recurrente la procedencia de niveles socioeconómicos bajos de las mujeres procesadas en las diligencias previas instruidas en España por aborto (602 en 1976).

## VII. LAS CONDICIONES GENERALES DE DESIGUALDAD DURANTE LA GESTACION: ALIMENTACION, VIVIENDA, MEDIO-AMBIENTE, SALUD

La mujer gestante, y a través de ella su hijo, ocupan la posición característica de su clase social en relación con la alimentación, la vivienda, las condiciones medio-ambientales y la salud en general.

Respecto a la alimentación, las diferencias se manifiestan en dos órdenes: el primero es el de las actitudes y conocimiento de la dieta adecuada a una mujer gestante. El segundo es el de las posibilidades de acceso y coste relativo de cada tipo de alimentación. Aunque para la mayoría de la población española haya desaparecido la amenaza directa del hambre, numerosos artículos alimenticios siguen siendo de difícil acceso para los niveles socioeconómicos más bajos. La fruta y verdura fresca,

los pescados y carnes blancas y la leche no pueden ser consumidos sin afectar de modo importante al presupuesto de alimentación en las familias de bajos ingresos. No se dispone de datos específicos sobre este punto, pero conociendo la relación entre nivel de precios y nivel de salarios o subsidios, es fácil deducir que estos alimentos están prácticamente vedados a las mujeres que deben compartir un presupuesto exiguo con el resto de su familia (esposo, otros hijos y otros parientes). Si se cubren los niveles ideales en materia alimenticia será inevitablemente a costa de no cubrir otros cuidados de la vida cotidiana.

En materia de vivienda, las condiciones son aún más diferenciadas que en materia de alimentación, agudizadas por los procesos de migración y por el carácter de inversión importante y difícilmente modificable durante un período temporal que representa la vivienda.

La mujer gestante, más aún que los demás ciudadanos, necesita una vivienda bien ventilada, aislada de la humedad, del calor y del frío, con buena iluminación y con un espacio de uso privado suficiente. De hecho, la posibilidad de acceder a este tipo de vivienda es restringida en función de la capacidad económica de cada familia. Estas diferencias sociales son mucho más agudas si se añaden las condiciones medio-ambientales, tales como contaminación atmosférica y de las aguas, servicios de alcantarillado y agua corriente, espacios verdes, vibraciones, ruido. El precio de cada metro cuadrado de vivienda, sea en alquiler o en propiedad es inversamente proporcional a la calidad de estos requisitos y el niño en gestación los recibe ya en la proporción correspondiente a su origen de clase.

En las condiciones de trabajo y descanso de la mujer gestante influye de modo decisivo su posición socioeconómica, tanto en los trabajos dentro del hogar como en el trabajo extradoméstico. En esfuerzo físico y en condiciones medio-ambientales es diferente el trabajo de la trabajadora manual (agricultura, industria o servicios) que el de las trabajadoras más cualificadas (enseñanza, comercio, salud, administración pública). En el trabajo doméstico, especialmente en las familias con varios hijos, las diferencias son importantes tanto por el volumen global de trabajo producido como por los medios a los que

puede acceder para producirlo (tecnología, traslado de servicios al exterior de la unidad doméstica y alquiler de mano de obra para ejecutarlos).

En conjunto, y aunque mediatizadas por las diferentes actitudes ante el trabajo exterior y ante los requisitos de calidad aceptables en la producción doméstica de servicios, las posibilidades de acceso al descanso son muy diferentes para la mujer gestante de cada clase social.

En cuanto a las condiciones generales de salud, higiene y asistencia sanitaria, las desigualdades sociales son evidentes, tanto por lo que se refiere a los conocimientos como a las actitudes, a la práctica cotidiana y al coste relativo de cada atención.

Estas diferencias, cuya huella se va manifestando sobre el feto a lo largo de la gestación, se aplican directamente al niño recién nacido, cuyas posibilidades de acceso a una alimentación adecuada, a una vivienda o unas condiciones medio-ambientales sanas, a una higiene y tratamiento sanitario del tipo que pueden proporcionarle los expertos depende absolutamente de la capacidad de su familia para ofrecérselos.

## VIII. LA ASISTENCIA MEDICA DURANTE LA GESTACION

En el campo específico de la asistencia médica las diferencias de clase han sido puestas de relieve en 1980 por el estudio sobre «Morbilidad, mortalidad y condición socioeconómica», patrocinado por el Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social\*. Este estudio ha puesto de relieve los notables avances en materia sanitaria en los últimos treinta años, así como las pronunciadas diferencias que subsisten a pesar de la extensión de los seguros sociales a la mayoría de la población. Las diferencias se producen al nivel de los conocimientos, al de las actitudes, al de los tipos de asistencia sanitaria utilizados, al de los tratamientos recibidos y al coste relativo que supone cada

\* Véase DURÁN, María de los Angeles, *Informe sobre la morbilidad, mortalidad y condición socioeconómica en España*. De próxima publicación por el Ministerio de Sanidad.

tratamiento para la mujer gestante en función de sus niveles de ingresos.

Los datos ofrecidos en esta encuesta nacional se refieren a mujeres de todos los grupos de edad, por lo que no pueden estimarse como descriptivos de la práctica médica actual, excepto los referidos a los grupos de 20 a 40 años. Por ejemplo, las mujeres de más de 70 años recibieron como promedio de visitas durante su primer embarazo 1,4 visitas, y las menores de 30 años han recibido 6,2 visitas.

La frecuencia de la consulta médica se asocia con todos los factores relacionados con la clase social: ocupación, nivel de estudios, clase social estimada, etc. Entre el nivel más bajo y el más alto de la muestra, en una graduación en seis niveles, las diferencias en el número de visitas van de 2,8 visitas-promedio a 6,1.

El tipo de reconocimiento recibido también varía. Por ejemplo, en función del nivel de estudios del cabeza de familia el uso medio del test de embarazo pasa del 0 por 100 en el nivel más bajo al 24 por 100 en el más alto: los análisis de sangre, del 17 al 69 por 100; los de orina, del 17 al 75 por 100, y la preparación al parto sin dolor, del 0 al 15 por 100.

En la asistencia al parto es donde más se evidencia el efecto igualador de la Seguridad Social, especialmente en las zonas rurales. En el grupo menor de treinta años, el 62 por 100 de los alumbramientos se produjo en clínicas de la Seguridad Social y prácticamente las únicas mujeres de las zonas rurales de los niveles medios o bajos que dieron a luz en clínicas lo hicieron en las clínicas de la Seguridad Social. Para el conjunto de la población entrevistada (cuyo acceso a la Seguridad Social ha tenido lugar en ocasiones posteriormente a sus alumbramientos), la asistencia al parto fue tal como se describe en el cuadro adjunto:

*Tipo de asistencia al parto del último hijo,  
según clase social estimada*

	Total	Pobre	Trabajadora	Media baja	Media media	Media alta	Alta
Sin asistencia ... ..	2	8	3	3	1	—	—
Partera ... ..	4	8	6	3	3	1	—
Comadrona ... ..	21	25	24	20	18	20	8
Médico en domicilio ... ..	7	6	7	3	10	10	6
Clínica Seg. Soc. ... ..	26	30	33	31	21	12	4
Clínica Seg. Priv. ... ..	11	1	3	10	17	26	18
Clínica privada ... ..	14	3	4	11	17	36	47
No contesta ... ..	21	26	24	23	19	10	18
Base (tiene hijos) ... ..	1.289	(115)	(356)	(247)	(314)	(162)	(51)

FUENTE: DURÁN, María de los Angeles, *Informe sobre morbilidad, mortalidad y condición socioeconómica en España*, op. cit., pág. 206.

## IX. LA DESIGUALDAD SOCIAL EN EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO

Para garantizar la simple supervivencia física del recién nacido es necesaria una ingente cantidad de condiciones. Sólo tras la notable mejoría de estas condiciones ha podido erradicarse la mortalidad infantil, que si actualmente en España es del 15 por 1.000, a principios del siglo era del 200 por 1.000. Estas condiciones son las siguientes:

- 1.ª Alimentación adecuada.
- 2.ª Higiene.
- 3.ª Atención semimédica.
- 4.ª Atención médica.
- 5.ª Protección y vigilancia.
- 6.ª Atención a la madre.

La distinción entre mortalidad endógena y exógena ilustra bien las diferencias en la posibilidad de supervivencia según la clase social del niño. La mortalidad exógena se define como la «debida al medio y evitable al nivel de los conocimientos mé-

dicos actuales»\*, considerándose endógenos los demás. La mortalidad exógena es considerada «negligente» frente a la consideración de inevitable concedida a la mortalidad endógena, pero de hecho la frontera entre una y otra es difícil de marcar, puesto que un adecuado tratamiento de la madre podría haber prevenido enfermedades y malformaciones en el feto que luego originan su muerte anticipada o sus precarias condiciones de existencia.

La atención del recién nacido implica también el cuidado de su madre. Aunque no se dispone todavía en España de datos nacionales fiables sobre la diferente mortalidad en función de la clase social de origen, hay indicios sobrados, tanto por estudios parciales o históricos en España como por estudios realizados en otros países para saber que la mortalidad infantil ha estado y sigue estando asociada con la desigualdad social. Desigualdad que no es sólo o exclusivamente economía: la condición legal del niño, su recepción voluntaria o indeseada, así como el nivel cultural y estilo de vida de su familia generan en España tasas típicas muy diferenciadas de mortalidad y de morbilidad, cuyo estudio es necesario realizar a fondo e inmediatamente.

La desigualdad social se manifiesta en el tema alimentario en dos vertientes: en el conocimiento de dietética infantil y en la posibilidad de acceder a una alimentación adecuada. Como corolario inevitable, se manifestará asimismo en el esfuerzo relativo que para cada familia suponga el gasto ocasionado por el recién nacido en función de su propia capacidad económica.

En la lactancia natural la desigualdad se manifiesta a través de la adecuación en la alimentación de la madre. En la alimentación artificial, combinada o en los meses siguientes al nacimiento, al grado de conocimiento dietético se une la accesibilidad de los materiales: la cantidad y la calidad de los alimentos así como la limpieza y adecuación de los utensilios utilizados para prepararlos está influida por la posición económica de la familia en la que el niño ha nacido. Las enfermedades del aparato digestivo, tan estrechamente vinculadas a la higiene ali-

\* LEGUINA, Joaquín, *Fundamentos de demografía*, Siglo XXI, Madrid, 1976, págs. 176 y sigs.

mentaria, siguen siendo una de las causas principales de mortalidad exógena infantil.

En cuanto a su higiene, el recién nacido requiere grandes atenciones. Se trata no sólo de su limpieza personal, sino la de los objetos o ropas que le corresponden, su lugar de habitación y las personas con las que entra en contacto: En su limpieza personal, además del baño diario necesita entre siete y veinte limpiezas y cambios parciales de ropa, que presuponen un gasto importante y un elevado número de horas de trabajo dedicados a su mantenimiento. La defensa frente a las enfermedades epidémicas (sarampión, tos ferina, tuberculosis, meningitis epidémica, etc.), requiere un buen aislamiento del recién nacido de cualquier posible foco de contagio, pero este aislamiento es imposible cuando ha de compartir con los afectados los escasos metros cuadrados de una misma vivienda. Asimismo, las propias salas de espera de los ambulatorios se convierten en centros de contagio cuando durante las horas de espera conviven enfermos de muy diversos tipos. La posibilidad de acceso a consultas rápidas y domiciliarias está en función de la clase social más que de cualquier otra variable.

La atención para-médica prestada dentro del hogar corresponde habitualmente a la madre del recién nacido, que es quien atiende sus pequeñas y frecuentes afecciones (cura del ombligo, diarreas, vómitos, ingestión de gases, erupciones, conjuntivitis, etc...) y quien toma la decisión de consultar al médico. Las actitudes en relación a la intervención médica está muy influida por el nivel social y cultural de la madre; por ejemplo, las actitudes hacia la medicina preventiva son mucho más favorables en las mujeres de nivel de estudios medio y alto que en las de nivel de estudios bajo.

La atención médica y farmacológica es el elemento más cualificado y más costoso en términos de economía de mercado de todo el cuidado requerido por el recién nacido. La mayoría de la población tiene hoy garantizado en España el acceso a la atención médica a través de los seguros obligatorios o voluntarios de enfermedad, y de hecho, como ya señalaba antes, el 62 por 100 de los nacimientos se producen en clínicas de la Seguridad Social. La desigualdad, pues, se manifiesta, en primer lugar, en quienes no tienen acceso a ningún tipo de seguro médico

o farmacológico ni pueden pagar estos cuidados en el mercado libre de servicios sanitarios. También se manifiesta en la diferente posibilidad de acceder al mercado libre de servicios sanitarios cuando por cualquier razón no sea éste satisfactorio para la familia afectada, y en el coste relativo que cada acto médico o de adquisición de medicamentos (asegurado o no) representa para el usuario en función de sus necesidades y recursos.

A diferencia de las demás atenciones, que por frecuentes que sean pueden individualizarse en el momento de su prestación, la protección y vigilancia es constante durante las veinticuatro horas del día. Esta protección incluye la protección térmica, contra cualquier accidente o ataque y la vigilancia ante cualquier posible síntoma de enfermedad. La prensa diaria trajo noticia en 1980 de numerosos accidentes mortales o graves de niños pequeños producidos durante la ausencia de los padres del domicilio. En todos los casos se trataba de familias de escasos ingresos en las que la compatibilización de las distintas tareas de la madre (atención al resto de los hijos menores, compra de alimentos, etc.) con el cuidado permanente del niño resultaba imposible y cuyo presupuesto no permitía el pago de centros infantiles ni de ayuda asalariada para llevarlo a cabo.

## X. LA DESIGUALDAD SOCIAL EN EL CUIDADO DE LAS MADRES DESPUES DEL PARTO

Finalmente, la atención a la madre supone la repetición a escala diferente de los mismos cuidados referidos al hijo (alimentación, higiene, cuidado médico y sanitario, protección genérica), a los que cabría añadir como cuidado específico el de evitación de nuevos embarazos en tanto no se reponga satisfactoriamente del último.

El descanso de la madre está en relación inversa a dos factores: el volumen global de trabajo que deba producir en función de la cantidad y calidad de servicios que preste en su propia familia y su trabajo fuera de la familia y los recursos con que cuente para llevarlo a cabo.

A igualdad de condiciones en lo que a fortaleza física y estado general de salud se refiere, la incorporación al proceso productivo directo de servicios en la propia familia o en el exte-

rior está muy relacionada con la situación socioeconómica de la madre. Respecto a la vida doméstica, un 1 por 100 de las mujeres, aunque no se trata de mujeres jóvenes, dice no haber interrumpido su trabajo ni un solo día con motivo del parto \*, y el 6 por 100 sólo señala uno o dos días, siendo la media de 10,8 días. El período de ajuste a las condiciones reales de producción de servicios domésticos, puede estimarse en quince días, ya que, aunque aumente el nivel de estudios de la madre, no se sobrepasa esta cifra. Esta no es una medida del período de descanso que estas mismas mujeres consideran ideal, sino del ajuste a sus condiciones reales (no ideales) de vida cotidiana. En el nivel socioeconómico más bajo, lo más frecuentemente declarado es que tardaron de tres a cinco días en incorporarse a la vida doméstica normal y un 12 por 100 dijo haberse incorporado en menos de dos días. En el grupo de mayor nivel socioeconómico ninguna mujer dijo haberse incorporado a la vida doméstica cotidiana en menos de dos días y lo más frecuentemente señalado fue de seis a diez días, seguido de cerca por las que señalaron de once a quince días.

*Incorporación a la vida doméstica normal, según clase social estimada*

	Pobre	Trabajadora media	Media baja	Media	Media alta	Alta	Total
Dos días o menos ... ..	12	9	6	5	—	—	6
De 3 a 5 días ... ..	32	23	19	20	16	18	21
De 6 a 10 días ... ..	16	20	30	29	35	26	26
De 11 a 15 días ... ..	6	13	11	15	20	23	14
De 16 a 30 días ... ..	5	7	7	8	8	9	7
De 31 a 45 días ... ..	2	2	3	5	2	2	3
Más de 45 días ... ..	2	3	2	1	3	2	2
No contesta ... ..	24	23	21	18	14	20	20
Base (tienen hijos) ... ..	(137)	(425)	(319)	(425)	(203)	(65)	(1.627)

FUENTE: DURÁN, María de los Angeles, *Informe sobre morbilidad, mortalidad y condición social económica*, op. cit., pág. 212.

\* Véase *Informe sobre morbilidad, mortalidad y condición socioeconómica*, op. cit., pág. 211.

Durante el período post-parto, la mayoría de las mujeres reciben algún tipo de ayuda en su trabajo doméstico y en el cuidado del recién nacido. Son sobre todo los parientes femeninos más próximos (madre, 55 por 100; hermanas, 19 por 100; suegra, 15 por 100, y el esposo, 27 por 100), quienes prestan esta ayuda. Las diferencias de posición se reflejan claramente en el uso de ayuda pagada, que es inexistente en los grupos de nivel más bajo, pero fue utilizada por un tercio de las mujeres del grupo más alto. El 15 por 100 en el nivel más bajo dijo no haber recibido ningún tipo de ayuda, en tanto que esta proporción fue sólo del 2 por 100 en el grupo de mayor nivel socio-económico.

Sin embargo, en esta misma encuesta, el 73 por 100 de las entrevistadas declararon que hubiesen deseado disponer de más ayuda durante ese período, y este deseo lo expresaron por igual las mujeres de todos los niveles socioeconómicos.

Para la mayoría de la población española, y para los niños sin problemas específicos de salud, estos cuidados pueden ofrecerse en cantidad y calidad suficiente, aunque sea, como de hecho sucede, a costa de otros bienes y con enormes diferencias en su coste relativo. Sin embargo, en los niños o madres con problemas especiales, así como para la población en el límite de la subsistencia estas condiciones mínimas están fuera de su alcance. La consecuencia de esta inasequibilidad es bien simple: enfermedad y muerte.

## ¿RACIONALIDAD O DISCRIMINACION?. SOBRE LOS ESTUDIOS ACERCA DEL SEXISMO OCUPACIONAL Y LA FAMILIA

JULIO CARABANA

### SUMARIO:

#### Introducción

1. Las ocupaciones de las mujeres: no discriminación.
  - a) Estudios a base de tablas de movilidad.
  - b) Estudios que utilizan el análisis de camino.
  - c) Críticas e interpretaciones.
2. La discriminación salarial.
3. Las carreras de las mujeres solteras y casadas.
4. Conclusiones.